

**Solicitud para Capacitación Aprobada por el Comisionado**  
**Cuestionario para el estudiante determinación de elegibilidad**

TeleCenter/Adj. Center	BYE
------------------------	-----

Nombre Completo	Número de Teléfono	Número de Seguro Social
-----------------	--------------------	-------------------------

Nombre y domicilio del reclamante

Devuelva este cuestionario por correo o por fax a su TeleCentro. Vea su Manual para Reclamos o <http://www.wa.gov/esd/ui/tcaddr-sp.htm#telectr>

Necesitamos esta información para tomar una determinación acerca de su reclamo por desempleo. Después de recibir lo que conteste, si necesitamos más información, nos comunicaremos con usted por teléfono.

Usted tiene el derecho a una entrevista telefónica o en persona antes de que se tome una determinación. Si quiere una entrevista, comuníquese al TeleCentro. Usted puede traer a una persona con usted inclusive un abogado para que lo represente en su entrevista. Puede presentar pruebas, documentos o testigos; contra-interrogar a los testigos o a las partes presentes y pedir copias de todos los archivos o documentos de su asunto.

Por favor de complete y devuelva el cuestionario a su TeleCentro.

**Cuestionario para el Estudiante**

Para poder calificar para beneficios, la persona necesita poder y tener disponibilidad inmediata para trabajar de tiempo completo y buscar trabajo activamente. Se duda que reúne los requisitos ya que está inscrito o va a la escuela. Nosotros determinaremos si califica o no, en base a las respuestas a las preguntas aquí incluidas: Por favor devuelva este cuestionario antes de \_\_\_\_\_ o haremos una determinación en base a la información a nuestra disposición.

**LA ESCUELA**

Nombre, domicilio postal y número de teléfono de la escuela o instalaciones para capacitación:

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del programa de capacitación o énfasis de estudio: \_\_\_\_\_

¿Cómo define el catálogo de la escuela la capacitación? ¿De tiempo completo o de medio tiempo? T/C \_\_\_\_\_ M/T \_\_\_\_\_

Nombre y teléfono del Consejero de la escuela o la persona encargada: \_\_\_\_\_

Cantidad que ha invertido en gastos de colegiatura, libros, cuotas, habitación y alimentos: \$ \_\_\_\_\_

Fecha en que comenzó ese programa de capacitación \_\_\_\_\_

Fecha en que terminará con esa capacitación /graduación \_\_\_\_\_

Fecha en que se inscribió para ese trimestre /curso \_\_\_\_\_

Fecha en que comenzó o comenzará este trimestre/curso: \_\_\_\_\_

Fecha en que se terminarán las clases en ese trimestre/curso: \_\_\_\_\_

Soy un Freshman \_\_\_\_\_ Sophomore \_\_\_\_\_ Junior \_\_\_\_\_ Senior \_\_\_\_\_ N/A \_\_\_\_\_

Liste los trabajos que va a estar capacitado para hacer cuando complete su capacitación:

Si en su área local no hay de esos trabajos, ¿esta dispuesto a cambiarse a otra área para trabajar? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_. Si contestó que sí, ¿a que otras áreas? \_\_\_\_\_

Nombre Completo

Número de Seguro Social

¿Qué plan financiero tiene para completar la capacitación si se agotan los beneficios por desempleo?

¿Qué títulos o certificados tiene y en que año los recibió?

Su horario de clases en este trimestre/sesión es:

Nombre de la Clase	Número de Curso	Horas Sem/Tri	Horario de Clase	Días de Clase

**MI DISPONIBILIDAD**

¿Cuántas horas le toma o le va a tomar el asistir a la escuela, prepara la clase y estudiar?

En el pasado, ha trabajado de tiempo completo y asistido a la escuela: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ . Si contestó que sí ¿cómo lo pudo coordinar (ocupación, empleador, horario de clase, acreditación flexible)?

¿Cuál ha sido su ocupación principal? \_\_\_\_ Años de experiencia: \_\_\_\_ Diga también la experiencia de trabajo que haya tenido (anote los trabajos): \_\_\_\_ Años de experiencia: \_\_\_\_

Anote sus tres últimos trabajos, empiece con el más reciente:

Nombre del empleador	Puesto & especifique deberes	Comenzó	Terminó	Por que razón ya no trabaja

Estoy buscando trabajo de: Tiempo completo \_\_\_\_ Medio tiempo \_\_\_\_ Temporal \_\_\_\_ (marque todos los que sean) en las siguientes ocupaciones: \_\_\_\_

En las últimas dos semanas, ¿dónde buscó trabajo?

Fecha	Nombre del Empleador & Dirección	Tipo de trabajo	Como hizo el contacto	Resultados

Estoy disponible para trabajar de: Día \_\_\_\_ Tarde \_\_\_\_ Noche \_\_\_\_ (marque todos los que apliquen).

Nombre Completo

Número de Seguro Social

¿Cuántas horas puede trabajar a la semana o al día? \_\_\_\_\_.

¿Está dispuesto a cambiar las clases o dejar la escuela? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_. Si no, favor de explicar por que no:

Las mismas clases que tomo, las hay a otras horas y la escuela me dejaría cambiarlas a esta etapa del curso: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Estoy dispuesto a perder mi colegiatura si es que la escuela no me reembolsa la colegiatura: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si me ofrecen trabajo de tiempo completo y el horario está en conflicto con el horario de la escuela y no se puede cambiar el horario, yo haría lo siguiente:

---

---

***He contestado todas esas preguntas para obtener beneficios por desempleo. Entiendo que esta información podría verificarse, entiendo también que debo reportar con prontitud al TeleCentro cualquier cambio de información aquí contenida. Autorizo a la escuela, instalaciones para capacitación o a mi consejero para que proporcionen información al Departamento para la Seguridad del Empleo acerca de mi inscripción, participación, las faltas y el progreso en la capacitación.***

Nombre completo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Dirección para correo electrónico (opcional) \_\_\_\_\_

Nombre Completo

Número de Seguro Social

### SOLICITUD PARA CAPACITACIÓN APROBADA POR EL COMISIONADO (CAT)

La Capacitación Aprobada por el Comisionado (CAT siglas en inglés) le permite obtener capacitación de tiempo completo y recibir beneficios del seguro por desempleo si es que su capacitación vocacional se relaciona con una ocupación o que razonablemente se espera le dé oportunidades de empleo. Usted podría calificar si es un Trabajador Desplazado o hay disminución en la demanda de personas con su tipo de destrezas, o si su trabajo le requiere esa capacitación o no puede físicamente continuar con su trabajo actual. Si se le concede CAT, no se le requiere que busque trabajo después de inscribirse para la capacitación. Usted puede poner su solicitud al completar la siguiente sección. Nosotros revisaremos sus circunstancias y determinaremos si califica para CAT.

**El Programa de Capacitación Aprobada por el Comisionado (CAT) no aumenta la cantidad de beneficios en su reclamo o prolonga el número de semanas que recibe de beneficios. Dependiendo en la duración de su capacitación, sus beneficios se podrían agotar antes de que complete su capacitación. Por lo tanto, es su responsabilidad tener su propio plan financiero para completar su capacitación. Si también solicitó los Beneficios para la Capacitación (TB por sus siglas en inglés), esa solicitud se determinará por separado.**

Devuelva este formulario antes del \_\_\_\_\_ si no lo hace, se tomará una determinación en base a la información disponible.

¿Son los fondos o el patrocinio para la capacitación bajo un programa o concesión especial? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Si contesto sí, por favor dénos el nombre y el teléfono de su consejero y adjunte una copia de la autorización.

¿Le requiere el sindicato esa capacitación? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Si contesto sí, nombre y número del sindicato y el nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
Nombre y teléfono de la persona encargada: \_\_\_\_\_

El nombre su empleador más reciente: \_\_\_\_\_

¿Recibió el aviso ADVERTENCIA? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Contesto sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Le faltan a usted destrezas para continuar con su ocupación principal? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si contestó que sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted alguna lesión, enfermedad o cualquier otra enfermedad que le impida volver a su ocupación principal? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Si contestó que sí explique: \_\_\_\_\_

*Estoy solicitando CAT y tengo entendido que ésta información podría verificarse y que yo debo de reportar con prontitud cualquier cambio a la información aquí contenida al TeleCentro para Reclamos por Desempleo. Autorizo a la escuela, instalaciones para capacitación y a mi consejero para que proporcionen información a la Oficina del Departamento para la Seguridad del Empleo acerca de mi matrícula, la participación, las faltas y el progreso en la capacitación. Tengo entendido que continuaré buscando trabajo hasta que me notifiquen que se aprobó el CAT.*

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Nombre completo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Department Use ONLY**

TeleCenter: \_\_\_\_\_

Law: RCW 50.20.043 (CAT) \_\_\_\_\_ RCW 50.20.095/010(1)(c) \_\_\_\_\_

Issue: \_\_\_\_\_ Wk (s) \_\_\_\_\_ Source: \_\_\_\_\_

BYE: \_\_\_\_\_ EDC: \_\_\_\_\_ WBA: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Reasoning: \_\_\_\_\_

Legal Result: \_\_\_\_\_ Start Date \_\_\_\_\_ End Date \_\_\_\_\_

Dept. Representative: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_